

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

No

644

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges-Émile-Paul LE BOURGEOIS

Né le 25 Juin 1910, au Mans (Sarthe)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE
DES POLYPES SOLITAIRES RECTO-SIGMOÏDIENS
ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges-Émile-Paul LE BOURGEOIS

Né le 25 Juin 1910, au Mans (Sarthe)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE
DES POLYPES SOLITAIRES RECTO-SIGMOÏDIENS
ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. A. GOSSET, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LÉMAIRE	Pathologie expérimental
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX.....	Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
RULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL.....			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
ans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

*Que leur vie, toute de dévouement
et de bonté, me serve d'exemple.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Grand officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de reconnaissance pour
le grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

AU DOCTEUR JEAN VANIER

Ancien Chef de clinique des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré et guidé dans
l'élaboration de ce travail, en témoi-
gnage de ma reconnaissance.*

AU DOCTEUR JEAN DUVAL

Chevalier de la Légion d'Honneur
Ancien chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux du Havre

*Qui m'a aidé par ses conseils et
ses travaux, en témoignage de ma re-
connaissance.*

AU DOCTEUR R. VINZENT

Chef du Laboratoire de Bactériologie des Hôpitaux du Havre,
Chargé de cours à l'Institut Pasteur

*Qui m'a très souvent conseillé. Avec
mes sincères remerciements.*

A MES CAMARADES D'ÉTUDE
ET D'INTERNAT

A MES MAÎTRES
DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÈNÉCHAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR TESSON (*in memoriam*),

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBARY.

MONSIEUR LE DOCTEUR THOUVENIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR NÉDÉLEC.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉCALLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DU HAVRE

Hôpital Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR PORCHERON.

Hôpital Général

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUVAL.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VERGEZ.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GAUCHET.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. FILLIOL.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVILLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR T. SÉBALD.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. STEMPOWSKI.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAMBILLARD.

INTRODUCTION

Il est admis de longue date que les tumeurs bénignes du rectum, au même titre que les tumeurs bénignes des autres organes, sont susceptibles de subir la dégénérescence cancéreuse.

Cette notion a été longtemps cantonnée dans un cadre presque uniquement théorique et ce n'est que depuis les travaux de LOCKHART-MUMMERY, DUKES, NORBURY, SCHMIEDEM et WESTHUES à l'étranger, de R. BENSAUDE et de ses collaborateurs en France, qu'elle a acquis une grande importance pratique, non seulement au point de vue de la thérapeutique du cancer du rectum, mais au point de vue de sa prophylaxie. En effet, bien qu'il soit encore difficile d'établir dans quelle proportion les cancers naissent d'une manière certaine au dépens des tumeurs bénignes, il semble hors de doute que cette origine est fréquente, ainsi qu'en font foi de nombreuses observations.

Il importe donc de détruire, dès leur présence constatée, toutes les tumeurs bénignes qui portent en elles une menace de dégénérescence, qu'il s'agisse de tumeurs villeuses, de polypes multiples ou solitaires.

La polypose recto-colique, en particulier, a suscité de nombreux travaux prouvant la fréquence de cette dégénérescence. Bien que certains, avec MÉNÉTRIER, ne voient en dehors du test numérique aucune différence entre la polypose et le polype solitaire, il nous a semblé intéressant de publier un cas de dégénérescence cancéreuse de polype solitaire du rectum, dont nous n'avons dans la littérature qu'un nombre restreint d'observations.

Enfin, nous avons employé dans le traitement de notre malade un procédé opératoire nouveau, que l'on peut préconiser pour l'ablation de toute tumeur basse du sigmoïde lorsque l'extériorisation de cette tumeur est impossible.

CHAPITRE I

OBSERVATION INÉDITE

M^{me} Henriette J... est âgée de 47 ans. Cette malade ne présentait dans ses antécédents aucun fait saillant, notamment aucun trouble digestif lorsque, brutalement, au début du mois de février 1936, elle est prise d'une forte diarrhée, l'obligeant à aller à la selle jusqu'à trente fois dans la même journée. Auparavant elle n'a ressenti aucune douleur abdominale, seulement au moment de la défécation des épreintes et du ténésme. Ses selles sont très liquides, jaunes, mousseuses, extrêmement fétides. Elle se met au lit et à la diète ; sa température est normale.

La diarrhée persistant, elle appelle son médecin lequel pose le diagnostic de dysenterie et prescrit du bismuth. Le nombre des selles diminue légèrement, pour se stabiliser au chiffre de dix à douze par jour, en même temps qu'apparaissent des glaires abondants.

Trois semaines environ après cette première débacle diarrhéique la malade note pour la première fois la présence de sang dans ses selles. Elle reçoit alors une série d'injections d'émétine, qui n'améliore pas sensiblement son état.

De mai à juin son état reste stationnaire. A ces débâcles diarrhéiques, qui durent en moyenne trois jours consécutifs, succèdent des périodes de constipation opiniâtre, durant six à huit jours environ.

En juin, sur le conseil de son médecin, elle se fait hospitaliser à l'Hôpital Général et entre dans le service du Dr DUVAL.

A ce moment, l'état général est satisfaisant, l'appétit est conservé, elle n'a pas d'hyperthermie. L'abdomen est souple, non douloureux, même à la palpation ; le foie et la rate sont normaux. La recherche des amibes et la réaction de Bordet-Wassermann sont négatives.

A l'examen de la région anale, on ne note rien d'anormal. Le toucher rectal permet de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'hémorroïdes. On pratique une rectoscopie qui montre une muqueuse normale et l'absence complète de toute tumeur. L'examen radiologique, après préparation de la malade par lavement opaque, est également négatif, les contours de l'intestin apparaissent parfaitement réguliers. La malade sort de l'hôpital.

Durant les mois d'août et de septembre, sa santé semble meilleure. Les alternatives de diarrhée et de constipation se font plus rares, et lorsque les crises surviennent, elles sont moins fortes.

Mais au début d'octobre, les troubles intestinaux font leur réapparition, les hémorragies sont plus abondantes et ne cessent plus, soit que la malade ait la diarrhée, soit qu'elle soit constipée, l'obligeant à être constamment « garnie ». Ce sont toujours des hémorragies de sang rouge, qui précèdent parfois les selles, mais le plus souvent les suivent, sans jamais y être mêlées. Souvent il lui arrive d'avoir des épreintes, suivies de l'évacuation de sang pur. Son état général décline fortement, son appétit diminue, elle a perdu depuis le début de février 1936 près de 6 kilos. Des signes d'anémie apparaissent, les muqueuses sont décolorées ; la malade est abattue.

Son médecin, le Dr FILLIOL, l'adresse alors au Dr VARNIER, qui l'examine à son tour. Pensant à une erreur de technique au cours des examens, il décide de les pratiquer

de nouveau. Rectoscopie, radioscopie après lavement opaque suivant la méthode du double contraste de FISCHER, tout est négatif ; rien ne vient expliquer la persistance de cette diarrhée et des hémorragies.

Il prescrit un nouveau traitement, aussi décevant que les précédents, lorsque, tout à coup, en pleine période de constipation, la malade éprouve, sans grande douleur, la sensation « d'une bille qui se met subitement à rouler dans son côlon gauche ». Elle se présente à la garde-robe et expulse spontanément, mais au prix de vives douleurs, une petite masse rouge, dure, arrondie, du volume d'un petit marron qu'elle recueille au milieu des matières fécales et envoie au D^r VANIER. Celui-ci la porte au Laboratoire de l'Hôpital où le D^r VINZENT, après examen histologique répond qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire développé vraisemblablement sur un polype.

Elle est hospitalisée de nouveau le 6 novembre, dans le service du D^r DUVAL.

Les rectorragies sont à ce moment très abondantes, au point de nécessiter chaque jour l'emploi de nombreuses garnitures ; elle est très pâle, amaigrie, déshydratée. Après quelques injections de sérum physiologique, elle est opérée le 10 novembre par le D^r DUVAL, suivant une technique particulière, que nous décrivons en détail par la suite.

Après laparatomie ; celui-ci découvre, à l'union du rectum et du sigmoïde, une petite tumeur à forme de polype ; il pratique l'ablation du Recto-Sigmoïde au niveau de la tumeur, fait une anastomose termino-latérale entre le rectum et l'anse sigmoïde abaissée dans le petit bassin, tandis que le bout terminal de celle-ci est suturée à la peau sur la ligne médiane entre le pubis et l'ombilic.

Suites opératoires. — Elles sont relativement bénignes ; la température ne dépasse pas 38,5 et devient très rapidement normale. Le drain abdominal est enlevé le 5^e jour.

Au début, les matières passent par l'anūs médian, puis progressivement elles cheminent par l'anastomose. Vers le 15^e jour après l'opération, l'évacuation se fait presque normalement par le rectum ; l'anūs artificiel ne donne presque rien et a une tendance à se fermer.

Lorsque le 5 décembre, elle rentre chez elle, tous les signes intestinaux ont disparu : elle n'a plus d'hémorragies, ses selles sont parfaitement moulées et régulières, elle ne souffre plus, son appétit est revenu et son teint est coloré.

Le 18 janvier son anus artificiel est supprimé ; les matières ayant depuis quatre à cinq semaines repris leur cours normal.

Revue le 15 avril, ses troubles intestinaux n'ont pas reparu, elle n'a qu'une très légère tendance à la constipation, elle a repris ses occupations antérieures. Mais on note l'apparition survenue, il y a trois semaines environ, dans le creux sus-claviculaire gauche, d'un volumineux ganglion, dur et indolore.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

La grande proportion des polypes s'observant chez de jeunes enfants, la dégénérescence cancéreuse de ces néoformations solitaires du rectum est une chose rare, du fait que, dès la présence d'un polype constatée, on le détruit, afin d'éviter cette dégénérescence cancéreuse ; cette destruction, du reste, ne l'empêche pas parfois de se reproduire par la suite.

Au siècle dernier, les observations de QUÉNU et LANDEL, celles de HOCHNEGG, de STRUTHERS, de CHARVENET, d'ALBU, de SAINT, de LOCKHART-MUMMERY, de SCHMIEDEN et WESTHUES faisaient considérer le polype comme le *type des états précancéreux*. Pour ces deux derniers auteurs, la plupart des cancers se développeraient au niveau d'un polype et 50 % des polypes deviendraient cancéreux.

Récemment, les travaux de FEYRTER, de MARESH, sont venus tempérer cette opinion, FEYRTER, ayant examiné 279 sujets de plus de 20 ans, porteurs de

polypes solitaires, a trouvé 19 cancers, soit un pourcentage de 5 %.

Sur ces 19 tumeurs malignes, dix fois ces dernières ne possédaient aucun caractère particulier et on ne pouvait que signaler la coexistence de cancer et d'adénome ; six fois seulement il existait un polype dégénéré ; dans 4 cas, la transformation était suspecte, soit un pourcentage de 1,7 % si on ne retient que les six cas de certitude et de 2,8 % si on retient les cas certains et suspects.

Pour MARESH, la transformation néoplasique du polype isolé est rare, alors qu'elle est fréquente au cours de la polypose. Dans cette affection, l'évolution vers le cancer a été signalée dans 50 % des cas par HAUFMANN et par AUGIER.

Le Dr A. CAIN a relevé en 17 ans au centre de Proctologie de l'Hôpital Saint-Antoine 68 cas d'adénomes solitaires du rectum. Parmi ces cas, 16 fois il s'agissait d'adénomes dégénérés, soit un pourcentage de 23,5 %.

Considérons maintenant la statistique concernant des malades déjà opérés. Dans un cours fait en 1935 au Saint Mark's Hospital, LOCKHART-MUMMERY relate le cas de 50 malades opérés d'adénomes solitaires du rectum ou du sigmoïde par ablation locale. Dans 25 cas, il constate des récidives et parmi celles-ci, 12 fois il s'agissait de récidives malignes, soit un pourcentage d'environ 25 %.

Retenons seulement que la dégénérescence néoplasique était considérée jadis comme très fréquente,

alors qu'aujourd'hui on est plutôt d'une opinion opposée, et ceci malgré la statistique de l'Hôpital Saint-Antoine, mais n'oublions pas que c'est un centre proctologique vers lequel est drainé un grand nombre de ces cas.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Rien ne pouvait nous faire soupçonner la nature épithéliomateuse de la tumeur, avant l'examen histologique.

C'est dire toute l'importance que revêt un tel examen en pareil cas, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue pronostic.

Voici l'examen histologique fourni par le laboratoire.

« Tumeur arrondie, du volume d'un petit marron. Sur une coupe passant par le plan médian, la tumeur apparaît constituée par une masse dense, homogène. »

« La prolifération n'est pas recouverte de muqueuse normale ; les tubes glandulaires périphériques sont de même nature que ceux de la partie centrale et le stroma se confond sans zone de délimitation. »

La structure générale est celle d'un polype dégénéré ; à côté de formations adénomateuses typiques (tubes glandulaires à cellules mucipares normales — fig. 1 et 2) on trouve des régions où la dégénérescence est manifeste : cellules différenciées, à protoplasme tantôt fortement basophile, tantôt clair, à noyaux volumi-

neux, souvent monstrueux, avec d'assez nombreuses figures de mitoses (fig. 3 et 4). »

« Le stroma abondant dans les régions adénomateuses est au contraire réduit à l'extrême dans les

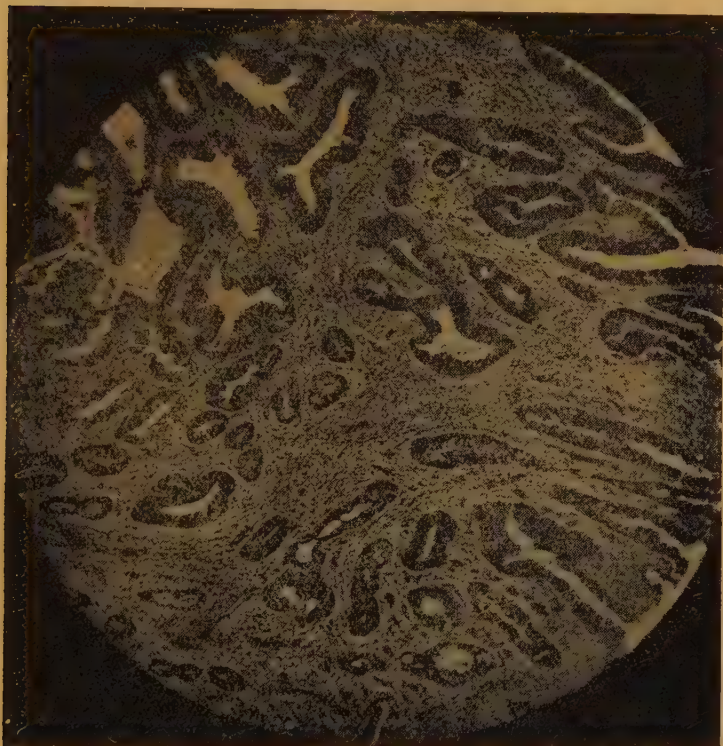


Fig. 1. — Région adénomateuse. Grossie 50 fois.

régions dégénérées. Il est infiltré par des cellules polymorphes : lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires, dont un grand nombre sont éosinophiles. »

Lorsque l'endoscopie a révélé la présence d'un po-

lype solitaire il est possible parfois de prévoir la nature néoplasique du polype solitaire : il a perdu sa souplesse ; sa surface lisse, mamelonnée, devient irrégulière et rugueuse, elle s'ulcère souvent, prend une

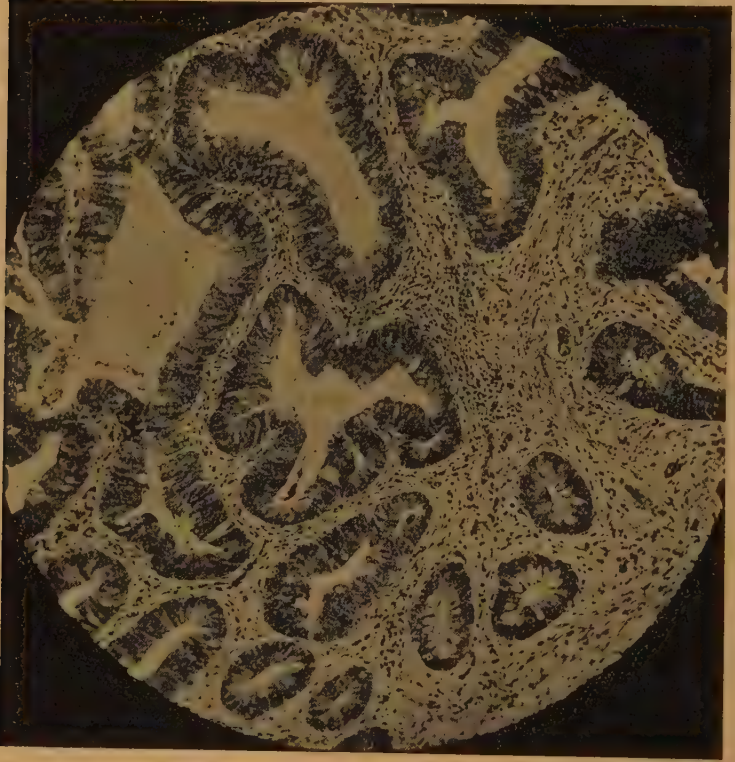


Fig. 2. — Région adénomateuse. Grossie 110 fois.

coloration rouge foncée et saigne facilement. A un degré de plus, le polype durcit, se déforme, sa base d'implantation s'élargit et s'indure et il perd peu à peu ses caractères initiaux.

Mais parfois aussi son aspect extérieur peut être absolument normal, et sa dégénérescence n'est alors mise en évidence que par l'examen histologique.

Cet examen histologique doit être fait systématique-



Fig. 3. — Région dégénérée. Grossie 50 fois.

ment lorsqu'on est en présence de tout polype du rectum ou du sigmoïde et porter sur sa totalité.

Pour affirmer d'une manière certaine la bénignité d'une tumeur il faut multiplier les prélèvements de

façon à ne laisser aucune zone inexplorée, car il est fréquent que les signes histologiques soient discrets et cantonnés dans certaines zones de la tumeur.



Fig. 4. — Région dégénérée. Grossie 110 fois.

L'observation suivante rapportée par A. BENS AUDE en est un exemple :

Gr..., 41 ans, est envoyé à l'Hôpital Saint-Antoine, par le
« Pr agrégé BRULÉ avec le diagnostic de polype sus-anal.

« Le toucher rectal nous fait sentir, au-dessus du canal anal, au niveau de la cavité sacrée, une petite tumeur ferme, souple, bien limitée dont l'examen rectoscopique vient montrer l'aspect complètement banal. Une biopsie confirme le diagnostic de polype, mais laisse un doute sur sa bénignité. Devant cette suspicion de néoplasme, on pratique l'exérèse du polype. Celui-ci est sectionné en deux. Un des fragments nous est confié, l'autre est gardé par le chirurgien. Or, le hasard voulut que le fragment qui nous était remis contenait toute la partie cancéreuse du polype alors que l'examen histologique de l'autre moitié ne montrait qu'un polype banal.

« Trois mois plus tard, nouvelles hémorragies qui poussent à demander un examen radiologique ; mais avant que celui-ci soit pratiqué, apparition brutale d'un syndrome péritonéal. L'intervention, pratiquée d'urgence montra un cancer perforé du transverse. »

Il importe de même lorsque la dégénérescence de la pièce examinée semble totale de rechercher des vestiges de la tumeur primitive, afin de préciser, si possible, la nature adénomateuse ou villeuse du polype dégénéré ou même s'il ne s'agit pas, le cas échéant, d'un cancer pédiculé.

Le Dr PAUCHET a observé un cas de ce genre.

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, vigoureux, qui, un an auparavant, avait été pris brusquement d'une abondante perte de sang rouge, sans que rien en pût expliquer l'origine. Onze mois, après, nouvelle hémorragie, mais moins abondante et toujours sans symptôme concomitant. La rectoscopie nous fait découvrir, à 10 centimètres de l'anus, un polype pédiculé du volume d'une noix, à surface régulière, non ulcéré, ne saignant pas à l'attou-

« chement, mais assez dur au toucher ; tout autour du
« pédicule, la muqueuse est souple, non infiltrée. « Le
« Dr PAUCHET pratique une laparotomie exploratrice et, à
« la palpation, trouvant toute la paroi intestinale souple,
« referme le ventre et se décide à intervenir par voie rec-
« tale. A l'aide d'une anse froide, on étrangle le pédicule
« et on enlève ainsi le polype en entier. Ni à l'examen
« rectoscopique, ni même la tumeur en main, il n'est pos-
« sible de se prononcer sur sa nature. Les coupes histolo-
« giques, soumises au laboratoire, montrent des boyaux
« cancéreux typiques, sans qu'on puisse trouver nulle
« part la trace d'une transformation de tumeur bénigne
« en tumeur maligne. Le malade présente, à côté de l'im-
« plantation du polype malin enlevé, un polype bénin du
« volume d'une petite cerise, dont ni le volume, ni l'aspect
« n'ont changé depuis six ans. »

Il est évident que la constatation d'une zone, même minime, de dégénérescence cancéreuse est une indication opération formelle.

L'examen histologique permet également d'un autre côté de porter un pronostic suivant l'*infiltration en profondeur* des cellules néoplasiques. Tant que celles-ci n'ont pas atteint la musculuse, on peut espérer un résultat favorable avec une intervention limitée. Si la muqueuse est atteinte, il faut craindre l'extension lymphatique ; le pronostic est plus sévère, une intervention mutilante est indispensable.

Dans le cas de M^{me} Henriette J..., une ablation large du siège de la tumeur n'a pas empêché l'apparition d'un ganglion de TROISIER moins de quatre mois après l'intervention.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Une chose frappe à la lecture de notre observation : c'est l'absence de diagnostic avant l'expulsion spontanée d'une partie de la tumeur. Tous les examens pratiqués furent à deux reprises entièrement négatifs.

GUERSANT et GOSSELIN ont signalé les premiers, semble-t-il, cette expulsion spontanée des polypes solitaires, laquelle peut être suivie dans certains cas d'hémorragies très graves, de phénomènes douloureux et finalement, le plus souvent, de guérison.

R. BENSAUDE dans son *Traité des maladies de l'Intestin* cite le cas d'un malade qui après avoir présenté pendant plusieurs semaines des hémorragies anales de sang rouge, élimina une petite masse arrondie, rouge, du volume d'une cerise. Il s'agissait d'un polype simple sans dégénérescence aucune.

Nous n'avons pas trouvé de cas semblables concernant l'adénome solitaire dégénéré du rectum ou du sigmoïde.

Dans le cas de Mme Henriette J..., il s'agissait d'un polype à pédicule court, moins exposé cependant à la

rupture qu'un polype à pédicule long, donc susceptible de se mouvoir à son sommet et de ce fait plus exposé à la rupture.

Mais, avant d'en être amené au diagnostic véritable, nous avons émis de nombreuses hypothèses.

Le premier symptôme observé ayant été une diarrhée banale, quoique tenace, nous avait fait porter le diagnostic d'entérite. Puis, devant sa persistance, nous avons pensé, malgré l'examen négatif du laboratoire, à une dysenterie amibienne et prescrit en conséquence une série d'émétine.

L'apparition des hémorragies fit penser à des hémorroïdes internes, puis à un cancer du rectum. Le toucher rectal n'ayant rien montré, ce qui, sauf dans une localisation haute de cette affection, est assez rare, on décide à ce moment de faire une rectoscopie, qui, elle aussi, se montre à deux reprises absolument négative. Pensant enfin qu'il pouvait s'agir d'une affection située hors du champ de rectoscope, on fait faire, sans obtenir davantage de résultats, un lavement opaque ; l'image radiologique est normale.

Il fallut attendre l'expulsion fortuite de la tumeur pour porter le diagnostic du polype dont la nature néoplasique fut une surprise de laboratoire.

Ainsi, contrairement à l'opinion classique qui veut que le diagnostic de polype solitaire soit relativement facile, grâce aux moyens mis à notre disposition, nous sommes restés plusieurs mois sans pouvoir poser de diagnostic positif.

Récemment, MOULONGUET a rapporté le cas d'une

femme ayant présenté une hémorragie intestinale très inquiétante sans aucun autre signe fonctionnel et chez laquelle toutes les examens, clinique et radiologique, se montrèrent négatifs. Seule, une laparatomie exploratrice permit de mettre en évidence l'existence d'un polype du sigmoïde.

Si, pratiquement, les signes fonctionnels sont toujours insuffisants pour poser un diagnostic ferme de polype solitaire, il est rare que les signes physiques ne permettent pas de trouver la cause exacte des troubles observés.

Le toucher rectal est assez souvent négatif, le polype étant la plupart du temps trop haut situé pour être accessible au doigt.

Il n'en est pas de même de la rectoscopie ;

La rectoscopie est en effet, considérée comme étant le procédé de choix. Même lorsque le polype est de la taille d'un grain de chénevis il est parfaitement visible, à moins qu'il ne soit situé hors du champ de l'appareil ; ce n'était pas le cas cependant pour M^{me} Henriette J... puisqu'après laparotomie, on trouva la tumeur à l'union du sigmoïde et du rectum, soit environ à 18 centimètres de l'anus.

Retenons de ce fait deux explications :

1^o Le polype peut être en effet inséré sur la partie postérieure d'une valvule de Houston. Le rectoscope en pénétrant, refoule la valvule et dissimule aussi l'adénome qui reste caché.

BENSAUDE rapporte le cas d'un enfant de 4 ans qui présentait après chaque garde-robe des pertes de

sang. L'examen rectoscopique montrait à 17 centimètres caché derrière une valvule, un gros polype du volume d'un marron, à surface irrégulière, de couleur rouge vif. Puis cinq rectoscopies successives sont faites sans qu'on puisse le retrouver. Enfin, au cours d'un nouvel examen, le polype est découvert et carbonisé. Au bout de quelques semaines le malade recommence à saigner et en septembre 32 on retrouve à 12 centimètres sur la surface antérieure, toujours derrière une valvule, un gros polype passé inaperçu à tous les examens antérieurs.

Dans un autre cas concernant un enfant de 10 ans 1/2, la rectoscopie se montre également négative, le polype étant situé entre 12 et 13 centimètres, à demi caché par une valvule. Une seconde rectoscopie après lavement opaque, ne permet de l'apercevoir que très difficilement.

2^o *Dans d'autres cas, le polype placé hors de la portée du rectoscope, descend par invagination ; on peut ainsi trouver à certains moments un adénome, alors qu'il disparaît à d'autres. Parfois, il est suspendu à un long pédicule, il peut se déplacer, monter et descendre dans l'intestin.*

BENSAUDE cite le cas d'un enfant de 6 ans qui en août 1932 présente à l'anus une tumeur qui est prise pour un prolapsus de la muqueuse.

En novembre, la tumeur réapparaît, nettement arrondie et rattachée à la muqueuse par un pédicule ; elle est réduite. Une rectoscopie pratiquée une heure après, est négative : le polype a disparu.

Dans un autre cas rapporté par les D^{rs} CHARRIER et GARCIA-CALDERON, le polype suspendu à un pédicule de 12 centimètres se trouvait entraîné par le lavement opaque et à l'intervention, le chirurgien le trouva à une vingtaine de centimètres du point présumé.

On conçoit donc que chez un malade ayant présenté une hémorragie par l'anus, une seule rectoscopie soit insuffisante, lorsqu'elle est négative, pour éliminer le diagnostic de polype. Il faut faire des rectoscopies *répétées et minutieuses*, de façon à ne laisser inexplorée aucune région, en particulier la région des valvules et la partie postérieure de la région sus-anale dans la concavité sacrée.

Dans le cas de M^{me} Henriette J..., nous ne pouvons que faire des hypothèses, en retenant néanmoins la première comme plus vraisemblable.

Quant à l'examen aux rayons X, il complète les renseignements fournis par l'endoscopie et sert au dépistage des polypes hauts situés, donc invisibles au rectoscope. Il est difficile du reste, au cours d'un lavement opaque, de voir l'adémone, si on n'a pu le repérer auparavant : il se présente, en effet, de profil et le plus souvent l'intestin s'injecte trop rapidement et trop complètement et le polype passe inaperçu, aussi pour remédier à cet inconvénient, recommande-t-on d'employer la méthode de FISCHER dont la technique est assez simple : On donne un lavement baryté ordinaire, puis on le laisse s'évacuer ; à ce moment on insuffle de l'air dans l'intestin ; s'il existe un polype,

il est enrobé de baryte et tranche alors sur la clarté intestinale.

On peut mettre ainsi en évidence des polypes qui avaient échappé à l'œil de l'opérateur à la rectoscopie.

BENSAUDE cite le cas d'un malade auquel à la suite d'hémorragies rectales, il pratiqua une rectoscopie qui fut négative, puis un examen radiologique suivant la méthode de FISCHER ; il vit alors une image typique de polype situé à 15 centimètres de l'anus. Fort de ce renseignement, il pratiqua alors une seconde rectoscopie et réussit à apercevoir à l'endroit indiqué, mais très difficilement, le polype qui était à demi caché par une valvule.

Nous voyons par ces exemples que nombreuses peuvent être les raisons pour lesquelles le diagnostic de polype solitaire du rectum est plus difficile à poser qu'on ne le pense normalement.

Il ne reste plus à ce moment là qu'à pratiquer une biopsie qui seule permettra d'affirmer la nature maligne ou non de la tumeur.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La dégénérescence néoplas que domine le choix du traitement.

Il importe en effet de pallier, dans la mesure de nos moyens actuels, à l'extension de la tumeur. Suivant l'étendue de la dégénérescence cancéreuse, on pratiquera l'ablation de la tumeur soit par section du pédicule, soit par résection d'une portion de l'intestin.

1^o Lorsque *seul* le corps du polype est atteint de dégénérescence cancéreuse, laissant indemne de manière certaine le pédicule, il a semblé suffisant à certains, pour obtenir une guérison définitive, de faire une section de pédicule. Mais dans ce cas, il ne faut pas se fier à une seule biopsie, il faut les pratiquer en série et après l'ablation du polype, refaire un examen histologique portant sur la totalité du polype réséqué, afin de ne laisser subsister absolument aucun doute quant à l'intégrité du pédicule.

Voici quelques observations, publiées par Alfred Bensaude, de malades traités de cette façon :

« R..., âgé de 49 ans, employé de chemin de fer, est venu
« consulter le D^r CAIN, en décembre 1935, pour des hé-
« morragies intestinales. Une rectoscopie est pratiquée qui
« montre l'existence de deux polypes : l'un à 14 centimètres,
« l'autre un peu au-dessus. Le D^r CAIN fait une biopsie de
« polype inférieur et note la présence de tubes à cellules
« sombres et à noyaux actifs, mais pas de signes de dégéné-
« rescence nette. Le malade est confié au D^r CHARRIER
« pour l'ablation du second polype, qui ne peut être ex-
« trait que par les voies naturelles.

« Le 9 janvier 1936, M. CHARRIER pratique une laparo-
« tomie médiane sous-ombilicale. Le sigmoïde est long et le
« polype est senti à travers la paroi intestinale, gros comme
« une cerise, à environ 6 centimètres du fond du Douglas.
« Ouverture de l'intestin sur 4 centimètres ; le polype est
« implanté sur la face postérieure par un pédicule de 2 à
« 3 centimètres de long, non induré ; la tumeur a le vo-
« lume d'une cerise et est de consistance résistante mais
« non dure, elle a un aspect framboisé ; le pédicule est sec-
« tionné après une ligature à la soie. Fermeture de l'in-
« testin et de l'abdomen. Depuis lors, le malade est guéri.
« L'examen histologique de la pièce a été fait par le
« D^r CAIN. Le *pédicule ne présente pas trace de dégénérescence*
« *cancéreuse*, il est formé par un tissu cellulo-fibreux
« revêtu d'une muqueuse normale à cellule mucipares.
« Le corps du polype est constitué de deux parties bien
« distinctes que la coloration au muci-carmin met en évi-
« dence : d'une part, une réaction adénomateuse à cellules
« mucipares, et, d'autre part, se juxtaposant étroitement
« à la première et s'intriquant avec elle, une prolifération
« glandulaire ramifiée en tous sens, dessinant des culs-de-
« sac profonds et irréguliers que revêt un épithélium ré-
« gulier, sombre, sans enclaves de mucus ou à enclaves
« très réduites ; — il n'y a pas d'aberration cellulaire, ni

« de prolifération dans le stroma ; il s'agit d'un épithé-
« lioma glandulaire typique. »

Voici une deuxième observation :

« Femme de 51 ans, atteinte de rectorragie, qui pré-
« sentait un polype situé entre 15 et 20 centimètres au-
« dessus de l'anus.

« Opération (M. CHARRIER) : Laparotomie médiane
« sous-ombilicale ; ouverture de l'intestin et résection du
« pédicule de la tumeur.

« L'examen histologique, pratiqué par le Dr Ivan BER-
« TRAND, montre que le corps de la tumeur est formé d'un
« épithélioma cylindrique, et que le *pédicule ne montre*
« *aucun signe de dégénérescence.*

« Malade guéri depuis deux ans. »

Voici une troisième observation :

M. M..., 41 ans, présente depuis 1930 un peu de sang
rouge ou noir dans ses selles. Peu à peu les hémorragies
sont devenues plus fréquentes. On pose le diagnostic d'épi-
thélioma du rectum.

Opération le 6 mai 1935 (Dr CHARRIER). Amputation
abdomino-périnéale en deux temps après établissement
préalable d'un anus transverse.

A l'ouverture de la pièce, qui comporte 30 centimètres
du rectum et du sigmoïde, on constate à 15 centimètres de
l'orifice anal, l'existence d'une tumeur pédiculée, du vo-
lume d'une noisette et qui n'a pas envahi la musculuse.
Il semble s'agir d'un polype solitaire dégénéré.

L'examen histologique (du Dr Ivan BERTRAND) : montre
l'intégrité absolue du pédicule et la dégénérescence can-
céreuse du corps du polype.

Il est à noter que sur la pièce, à 3 centimètres environ du polype transformé, on constate l'existence d'un petit polype sessile, de la muqueuse avoisinante, et situé sur la paroi latérale gauche du rectum.

2^o Dans les cas douteux, lorsqu'on constate une induration locale, témoignant d'une infiltration néophasique ou lorsque l'examen histologique a montré une infiltration de la sous-muqueuse, il faut réséquer largement le siège de la tumeur.

Classiquement, plusieurs voies s'offrent au chirurgien :

A) *La Voie Basse*, la première en date, permettant l'amputation des cancers bas situés chez les sujets fatigués ou obèses.

Quelque peu discréditée aujourd'hui, elle peut encore rendre de grands services par le peu de risques opératoires qu'elle fait courir. En effet, si chercher chez un homme jeune une très longue survie est un but, chez un sujet âgé chercher un risque opératoire moindre, au prix d'une survie légèrement diminuée, est également un but logique.

B) *La voie combinée abdomino-périnéale*, considérée par un grand nombre comme la plus rationnelle et la plus anatomique ; s'appliquant aussi bien aux tumeurs sus-ampullaires et ampullaires moyennes qu'aux tumeurs ampullaires basses et fortement conseillée chez tous les sujets résistants. Elle permet de vérifier l'extension des lésions, donc leur opérabilité ; elle permet surtout d'enlever en bloc le rectum, le

tissu conjonctif, les lymphatiques, les ganglions, tout en commençant l'hémostase par la ligature du pédicule principal.

L'opération peut se pratiquer en une seule fois sans anus préalable (LEIBOVICI; SOUPAULT) ou en deux fois avec constitution d'un anus éliaque gauche (BENSAUDE, CHARRIER). Dans un temps abdominal, on libère le rectum jusqu'aux releveurs, on lie le pédicule hémorroïdal supérieur et on sectionne l'intestin à distance de la tumeur, au-dessus du dernier ganglion palpable ; le bout supérieur est abouché à la peau, le bout inférieur fermé et libéré de son mésentère, est tassé dans le petit bassin, ce qui permet, de péritoniser au-dessous. Dans un second temps périnéal, on enlève ce bout inférieur par le canal ano-rectal.

C) *La voie abdominale*, utilisée et décrite en 1921, par le Pr HARTMANN est particulièrement indiquée dans les cancers hauts situés. Comme la précédente, elle peut se pratiquer en une seule fois ou en deux fois. Après avoir libéré le rectum et le sigmoïde, lié et sectionné le méso au-dessus des ganglions envahis, on écrase le rectum et on le sectionne le plus bas possible. puis on péritonise au-dessus du bout inférieur abandonné dans le fond du pelvis. Par la plaie abdominale sort l'anse recto-colique libérée qu'on sectionne 2 centimètres au-dessus de la peau, déterminant la formation d'un anus iliaque gauche définitif.

Certains, dans un second temps, en présence de cas très favorables, pratiquent l'abaissement du côlon

ou périnée à travers le canal anal qui se trouve respecté dans cette opération.

D) Enfin, il existe un autre procédé qui consiste en une ablation simple de la tumeur et anastomose termino-terminale soit par sutures, soit par invagination du bout inférieur de l'intestin dans le rectum.

E) Cependant, aucun de ces quatre procédés n'a été employé dans le cas qui nous intéresse. Le Dr J. DUVALL dans le service duquel la malade se trouvait, a employé un procédé personnel qui lui a donné toute satisfaction et que voici :

Procédé opératoire pour l'ablation des tumeurs du sigmoïde qu'on ne peut extérioriser. »

L'intervention que nous décrivons comprend les différents temps suivants :

1^{er} Temps : Laparotomie médiane sous-ombilicale.

2^e Temps : Exploration de l'anse sigmoïde permettant d'apprécier le siège et l'étendue de la tumeur intra-sigmoïdienne.

3^e Temps : Section de l'anse sigmoïde à dix centimètres au-dessus du polype par l'écraseur de De MARTEL. Le bout supérieur est fermé par l'écraseur et récliné sous un champ (figure 1).

4^e Temps : Section du méso-sigmoïdien le plus loin possible de façon à enlever le maximum de méso et des ganglions. Libération du rectum.

5^e Temps : Section du recto-sigmoïde à quelques centimètres au-dessous de la tumeur.

6^e Temps : Anastomose termino-latérale en 3 plans

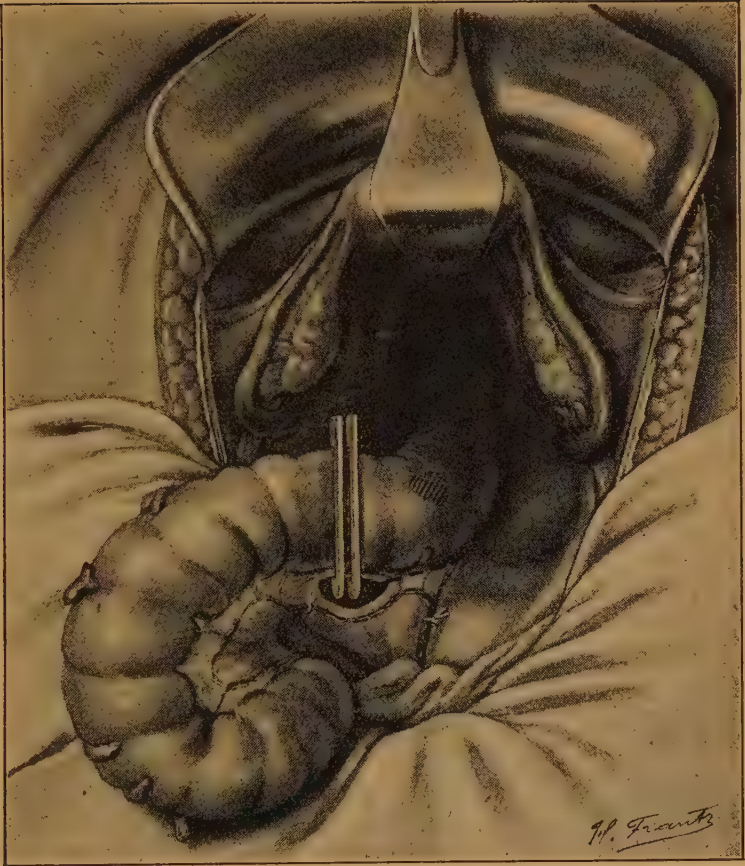
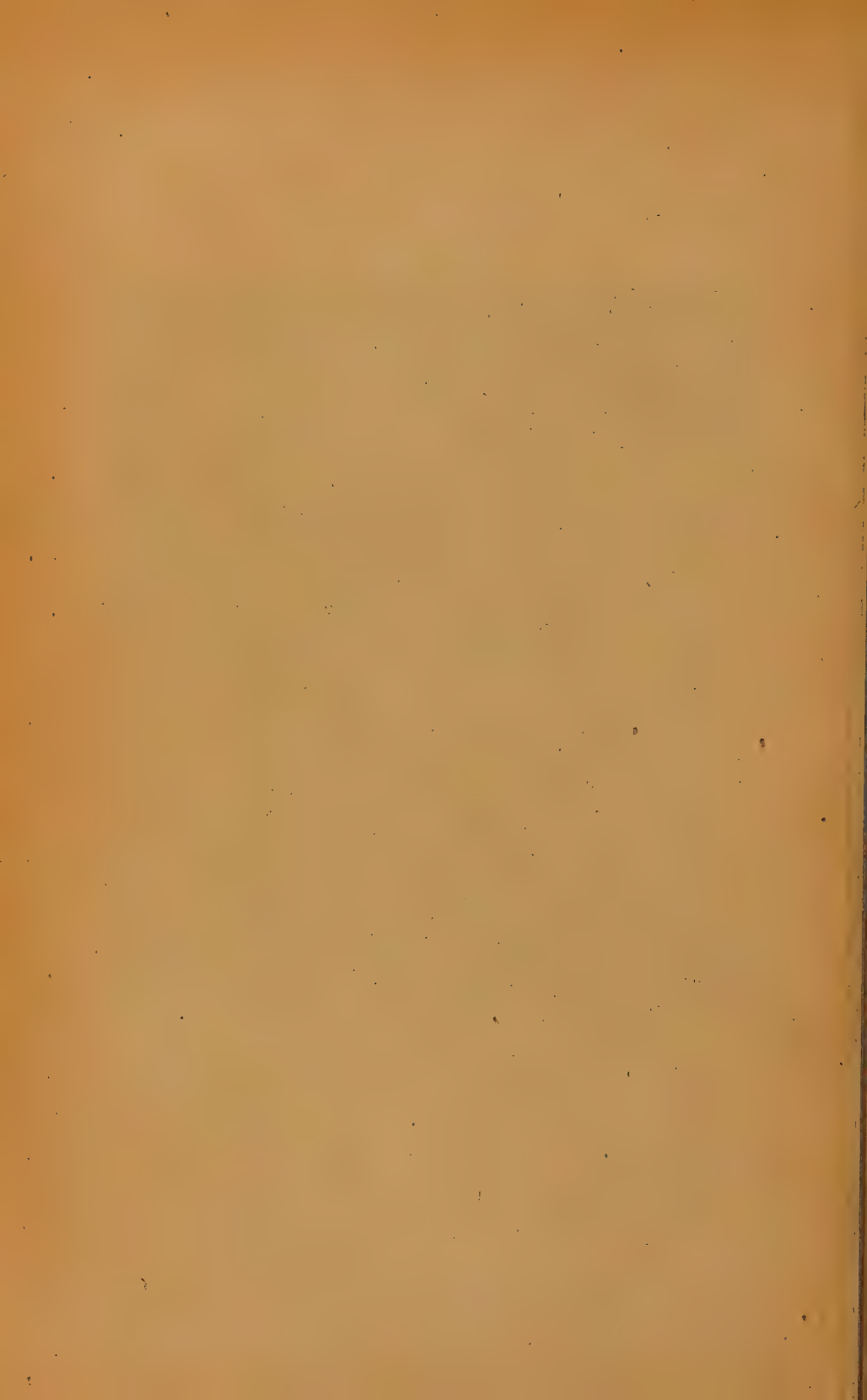


Fig. 1; montrant le siège de la tumeur et le niveau de la section de l'anse sigmoïde au-dessus de celle-ci.



entre le rectum et l'anse sigmoïde abaissée dans le petit bassin (figure 2).

7^e Temps : Le bout terminal de l'anse sigmoïde est mise à la peau et la paroi abdominale est refermée. Drains dans le petit bassin (figure 3).

8^e Temps : Fermeture de l'anus artificiel trois semaines plus tard quand l'évacuation des matières se fait normalement par l'anus.

Indications. — Il est évident que cette opération ne peut être pratiquée indifféremment dans toutes les tumeurs du rectum ou du sigmoïde, ses indications en sont précises, il faut :

1^o Que la tumeur ne soit *pas trop basse*, sans quoi, après ablation de cette tumeur, il ne resterait qu'une portion insuffisante de rectum et l'anostomose serait impossible.

2^o Que le *sigmoïde soit relativement long* de façon à pouvoir l'anastomoser avec le rectum et aboucher sa partie terminale à la peau.

3^o Que la *tumeur ne puisse s'extérioriser* comme dans celles du sigmoïde.

Avantages. — Ce procédé opératoire, lorsqu'on peut l'appliquer, réunit les avantages suivants :

1^o Il permet de *rétablir le circuit normal* du côlon, l'anus artificiel n'étant que temporaire, et sa fermeture étant une opération extrêmement facile. Dans l'opération d'HARTMANN l'anus artificiel est,

au contraire, définitif ou nécessite pour sa suppression une nouvelle opération presque aussi importante que la première.

2^o L'anús artificiel est une *soupape de sûreté* par où les matières passent pendant plusieurs jours après l'opération jusqu'à ce qu'elles cheminent par l'anastomose vers le rectum.

Cette soupape évite la tension des sutures et la déhiscence possible de celles-ci : grave complication qui est possible dans la suture termino-terminale et qui entraîne la mort de l'opéré.

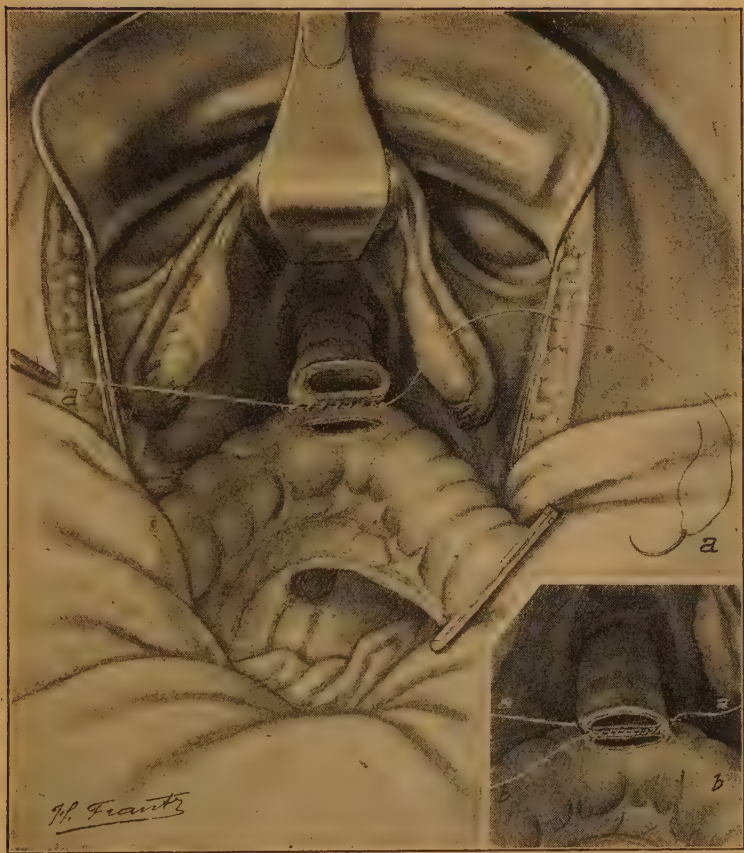
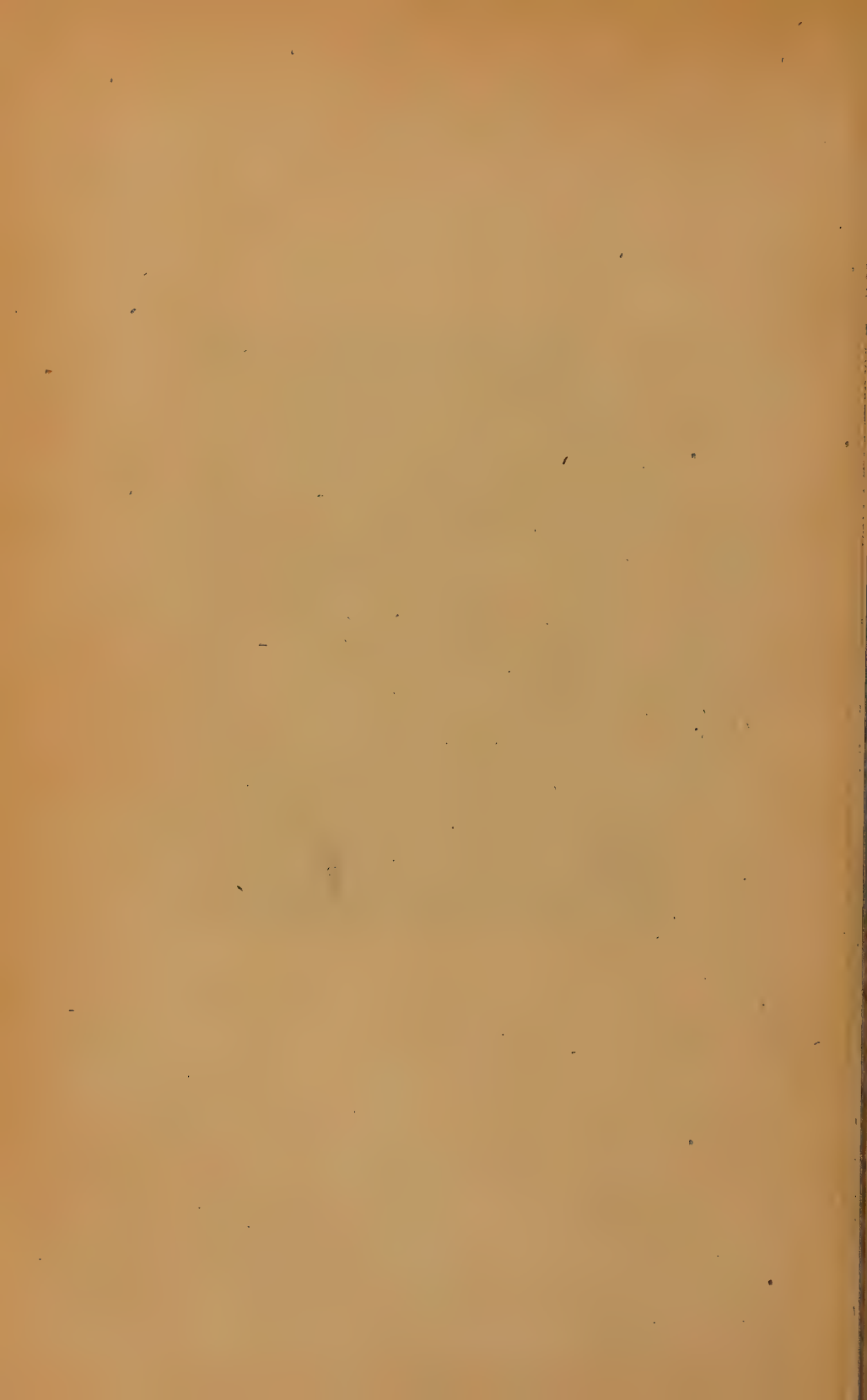


Fig. 2. — Le rectum a été sectionné au-dessous de la tumeur ; on pratique une anastomose termino-latérale en 3 plans entre le rectum et le sigmoïde (vue de face).





Fig. 3. — Vue de profil montrant l'anastomose termino-latérale entre le Rectum et le sigmoïde, dont le bout terminal s'ouvre à la peau, formant une véritable soupape de sûreté.



CHAPITRE VI

POLYPE SOLITAIRE DÉGÉNÉRÉ ET CANCER DU RECTUM RÉCIDIVES ET PRONOSTIC

Dans la majorité des cas, un adémone solitaire enlevé ne récidive pas.

C'est ainsi qu'un malade âgé actuellement de 57 ans et suivi par les Drs R. BENSAUDE et J. ROCHET a été opéré par électrocoagulation il y a 5 ans d'un polype du volume d'un marron, inséré par un pédicule à 14 centimètres au-dessus de l'anus : il n'y a pas eu depuis de reproduction de la tumeur.

Cependant la reproduction après l'ablation d'un adémone solitaire peut se voir.

Où se fait cette reproduction ? Est-ce « *in situ* » ou au voisinage de la tumeur enlevée ? Nous ne savons pas exactement, mais ce qui est certain, c'est qu'elle peut se faire dans le voisinage immédiat, et il n'est pas rare que cette récidive soit maligne.

LOCKHART-MUMMERY a suivi pendant plusieurs années 50 malades qui avaient été opérés d'adénomes du rectum ou du sigmoïde par ablation locale.

Dans 25 cas, il constata des récidives ; parmi celles-ci, 13 fois il s'agissait de récidives bénignes et les 12 autres fois de récidives malignes. Parmi les 13 récidives bénignes il nota plusieurs fois des récidives multiples qui s'échelonnèrent pendant 14 ans chez un malade et 15 ans chez un autre. Chez chaque malade, le siège exact de la première tumeur avait été exactement repéré et l'on peut constater que la récidive se faisait toujours dans le voisinage du siège de la tumeur initiale.

Cette reproduction de polypes indique une activité cellulaire anormale et une prédisposition à former des adéomes dont, nous l'avons vu, la dégénérescence est toujours à craindre.

Nous voyons donc par là que la dégénérescence des polypes du rectum et du sigmoïde n'est pas toujours primitive, mais qu'elle peut s'observer aussi à l'occasion de récidives. D'où il résulte l'impérieuse nécessité de surveiller étroitement tout malade porteur de polypes solitaires du rectum et en cas de récidive, même bénigne, après une première ablation, de pratiquer une résection aussi étendue que possible du rectum ou du sigmoïde, siège de la tumeur primitive.

Enfin, signalons que SCHMIEDEN et WESTHUES, DUKES et LOCKHART, MUMMERY, ayant observé quelques cas où, au voisinage d'un cancer du rectum se trouvait parfois un ou plusieurs adénomes bénins, ont voulu voir ces polypes à l'origine du cancer du rectum...

Terminons en disant que les polypes solitaires dégénérés du rectum ne font pas exception à la loi générale des cancers, suivant laquelle tout cancer, quelles que soient la rapidité et l'étendue de l'opération, est susceptible de donner des métastases. Il nous suffira de rappeler chez M^{me} Henriette J... l'apparition, neuf mois après la constatation des premiers symptômes et quatre mois après son opération, d'un ganglion de Troisier, qui malgré un excellent état général jusqu'à ce jour, assombrit considérablement le pronostic. Il n'en est évidemment pas toujours ainsi et nombreux sont les cas où une intervention chirurgicale bien conduite permet d'espérer une survie de plusieurs années.

CONCLUSIONS

1^o Les Adénomes solitaires, parmi les adénomes recto-sigmoïdiens, sont ceux qui dégénèrent *le moins* souvent. L'existence de cette dégénérescence cependant est un fait indéniable, que montre bien sur nos *coupes* l'existence, à côté de régions adénomateuses, de régions nettement cancéreuses.

2^o Le Diagnostic de ces tumeurs peut être parfois difficile, l'examen étant négatif. C'est quelquefois l'expulsion spontanée d'une partie du polype qui y fait penser.*

3^o Le traitement de ces polypes dégénérés est uniquement chirurgical. Dans le cas où la néoplasie siège à la partie basse du sigmoïde, comme procédé opératoire, à la place de l'intervention de HARTMANN, surtout conseillée dans ces cas, on peut utiliser la technique que nous avons décrite dans ce travail.

VU : VU :

Le Doyen, Le Président de la thèse,
G. ROUSSY. A. GOSSET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBU. — Sur les Polypes bénins et malins de l'S iliaque et de l'ampoule rectale (*Berl. Klin Woch*, t. XLIX, N° 26).
- ALTER. — Polyp and Cancer of Sigmoid Colon (*Am. J. Path.*, 1925, I, pp. 511-518).
- AUGIER. — *La polypose recto-colique* (Thèse Paris, 1932, Baillière).
- BEELEK. — *Anal and Rectal polypous precancerous growths* *Am j. Surg.*, 1927, t. III, p. 142-143.
- BENSAUDE. — *Evolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum*, Masson, 1937.
- BENSAUDE (R.). — *Traité d'endoscopie*, Paris, 1927, Masson, 2^e éd.
- BENSAUDE, HILLEMANT et AUGIER. — Le polype solitaire recto-sigmoïdi (*Annales de Médecine*, 1933, t. XXXIV, p. 5).
- BENSAUDE, HILLEMANT et AUGIER. — La polypose intestinale (*Arch. Mal. App. dig. et nut.*, mai 1932, pp. 474-555 ; *Presse Médicale*, 1932, n° 34).
- BENSAUDE et CAIN. — Biopsie ano rectale (*Maladies de l'Intestin de Bensaude*, t. I, p. 31, Paris, 1931, Masson édit.).
- CAIN (A.) et BENSAUDE. — *Les modes d'apparition du cancer du rectum*. Considérations tirées de l'étude des petits cancers. Communication faite à la Société de Gastro-entérologie. Séance du 9 février 1937.
- CHARRIER et GARCIA CALDERON. — Société de Gastro-entérol., séance de février 1933 (*In March. Mal App. Dig et Nutr.*, 1933).
- CHARRIER et GRAS. — Sur un cas de polypose rectale avec dégénérescence cancéreuse (*Société Anatomoclinique de Bordeaux*, 1^{er} juin 1931).
- DUKES. — Simple Tumors of the large intestine and their rela-

- tions to carcinoma (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1925-1926, *Subsect Proctol.*, p. 9).
- FEYRTER. — Zur Geschwulslehre (nach Untersuchungen, am menschlichen Darm (*Zieglers Beitrage*, 1931, t. LXXXVI, p. 663).
- FOGES. — Intervention sur les polypes du rectum haut situés (*Wiener Klin. Woch.*, 1911, t. XXIV, n° 44).
- GRANDCLAUDE et TIPREZ. — Polypose et cancer de l'intestin (*Bull. Assoc. franc. pour l'étude du cancer*, t. XX, avril 31, pp. 273-282).
- LEVEUF et ODRU. — La polypose colique diffuse (*Journ. Chir.*, 1931, t. XXXVII, n° 6, pp. 810-827).
- LOCKHART-MUMMERY. — *Diseases of the rectum and colon*, 1934, 2^e éd., pp. 291-298.
- LOCKHART-MUMMERY. — Case of multiple adenomata of the Colon with secondary Carcinoma (*Procède of R. S. M. of Surgery Subsection of Proctology*, 1919-1920, novembre 1919, p. 14).
- LOCKHART-MUMMERY (J. P.). — *The Relation ship between adenomata and cancer of the large bowel*. Cours fait le 4 février 1935 au Saint Mark's Hospital The Lancet, 19 mai 1935, p. 1149.
- LOCKHART-MUMMERY et DUKES. — The Precancerous changes in the Rectum and Colon (*Surg. Gyn. a Obst.*, 1928, pp. 591-596).
- LOUBAT. — Dégénérescence maligne des polypes du rectum (*Journ. Méd.*, Bordeaux, 1930, p. 934).
- MOULONGUET. — Polype muqueux du sigmoïde extrait par entérotomie (*Bull. Soc. Anat.*, 1929).
- NORBURY. — Cancer naissant aux dépens d'un adénome pédiculé du colon pelvien. Pièce opératoire (*Procedee of R. S. M. Subsect. of proctol.*, 1928-29, p. 710).
- PERNET (Jean). — Polype recto-sigmoïdien ou cancer pédiculé (*l'Hôpital*, janvier 1937, n° 422).
- POUJOL, MORY et MONTPELLIER. — *Un cas de polypose intestinale avec cancer du rectum*.
- QUENU et LANDEL. — Histologie de l'adénome pédiculé du Rectum (*Rev. de Gyn. et Chir. Obst.*, 1898, pp. 480-526).
- SAINT (J. H.). — Polypes de l'intestin (*British Journ. of Surg.*, 1927-28, n° 57).
- SCHMIEDEN. — Präcancerose Erkrankungen des Darmes, insbe-

sondere bei Polyposis (*Arch. f. Klin Chir.*, 1926, 142, p. 512, cité d'après CUTTHBERT DUKES).

SCHMIEDEN et WESTHUES. — Zur Klinik und Pathologie der Dockdarmpolyphen und deren klinischen und pathologisch anatomischen Beziehungen zum Dickdarmkreinom (*Deutsche Zeit f. Chir.*, avril 1927, t. CCII, pp. 1-124).

TONNESSEN (Hans). — Polyposis gastro-intestinalis. Arnold Busck Copenhagen, 1931.

WESTHUES (H.). — *Die pathologisch Anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rektum Karzinoms* Georg Thieme, Leipzig 1934.

WATSON GORDON. — Méthode suivie pour enlever un adénome pédiculé du sigmoïde à travers le rectum (*Proceed of R. S. M. Subsect of proctol*, 1927-28, p. 54).

SAINT AMAND (CHER) FRANCE. — IMP. R. BUSSIÈRE. — 2-46-1937

